

保守治疗对于老年急性肠梗阻的临床效果分析

尹万勇

(新疆建设兵团第五师医院 普外科 新疆博乐 833400)

【摘要】目的:分析保守治疗在不同梗阻类型老年急性肠梗阻患者中的临床效果,明确保守治疗对特定梗阻类型的适用性与优势,为临床个体化治疗提供依据。方法:选取我院2023年3月—2025年3月收治的60例接受保守治疗的老年急性肠梗阻患者,按梗阻类型分为粘连性肠梗阻组(37例)与非粘连性肠梗阻组(23例)两组。两组均采用胃肠减压、补液纠正水电解质紊乱、第三代头孢类抗生素抗感染、营养支持及解痉止痛对症治疗,比较两组治疗成功率、症状缓解时间、住院时间及并发症发生率。结果:粘连性肠梗阻组治疗成功率为91.89%(34/37),显著高于非粘连性肠梗阻组的69.57%(16/23)($P < 0.05$);症状缓解指标方面,粘连性肠梗阻组腹痛缓解时间(1.80 ± 0.60)d、腹胀缓解时间(2.50 ± 0.80)d、肛门恢复排气时间(3.50 ± 1.00)d,均短于非粘连性肠梗阻组的(2.70 ± 0.90)d、(3.60 ± 1.10)d、(4.80 ± 1.30)d(P 均 < 0.05);粘连性肠梗阻组住院时间(7.00 ± 1.80)d,显著短于非粘连性肠梗阻组的(9.20 ± 2.30)d($P < 0.05$);并发症发生率方面,粘连性肠梗阻组为2.70%,低于非粘连性肠梗阻组的17.39%($P < 0.05$)。结论:保守治疗在老年急性肠梗阻患者中整体疗效可靠,且对粘连性肠梗阻的效果更优,表现为成功率更高、症状缓解更快、住院时间更短及并发症更少;对于非粘连性肠梗阻,需密切监测病情变化,必要时及时调整治疗方案,以避免延误预后。

【关键词】老年急性肠梗阻;保守治疗;粘连性肠梗阻;非粘连性肠梗阻;疗效分析

Clinical analysis of conservative treatment for elderly patients with acute intestinal obstruction

Yin Wanyong

(Xinjiang Construction Corps Fifth Division Hospital General Surgery Department Xinjiang Bole 833400)

[Abstract] Objective: To analyze the clinical efficacy of conservative treatment in elderly patients with different types of acute intestinal obstruction, clarify the applicability and advantages of conservative treatment for specific types of obstruction, and provide a basis for individualized clinical treatment. Method: Sixty elderly patients with acute intestinal obstruction who received conservative treatment in our hospital from March 2023 to March 2025 were selected and divided into two groups according to the type of obstruction: adhesive intestinal obstruction group(37 cases) and non adhesive intestinal obstruction group(23 cases). Both groups were treated with gastrointestinal decompression, fluid replacement to correct electrolyte imbalance, third-generation cephalosporin antibiotics for anti infection, nutritional support, and symptomatic treatment with spasmolysis and pain relief. The success rate of treatment, symptom relief time, hospitalization time, and incidence of complications were compared between the two groups. Result: The success rate of treatment in the adhesive intestinal obstruction group was 91.89% (34/37), significantly higher than the 69.57% (16/23) in the non adhesive intestinal obstruction group ($P < 0.05$); In terms of symptom relief indicators, the time for abdominal pain relief(1.80 ± 0.60)days, abdominal distension relief time(2.50 ± 0.80) days, and anal gas recovery time (3.50 ± 1.00) days in the adhesive intestinal obstruction group were all shorter than those in the non adhesive intestinal obstruction group(2.70 ± 0.90)days, (3.60 ± 1.10)days, and (4.80 ± 1.30)days (all $P < 0.05$); The hospitalization time in the adhesive intestinal obstruction group was (7.00 ± 1.80)days, significantly shorter than that in the non adhesive intestinal obstruction group (9.20 ± 2.30)days ($P < 0.05$); In terms of the incidence of complications, the adhesive intestinal obstruction group had a rate of 2.70%, which was lower than the non adhesive intestinal obstruction group's rate of 17.39% ($P < 0.05$). Conclusion: Conservative treatment is generally effective in elderly patients with acute intestinal obstruction, and has a better effect on adhesive intestinal obstruction, with higher success rate, faster symptom relief, shorter hospitalization time, and fewer complications; For non adhesive intestinal obstruction, it is necessary to closely monitor changes in the condition and adjust the treatment plan in a timely manner if necessary to avoid delaying the prognosis.

[Key words] elderly acute intestinal obstruction; Conservative treatment; Adhesive intestinal obstruction; Non adhesive intestinal obstruction; Efficacy analysis

急性肠梗阻是老年群体常见急腹症之一,随着人口老龄化加剧,其发病率呈逐年上升趋势^[1]。老年患者因生理机能衰退、多合并慢性基础疾病,对治疗方案的耐受性与年轻患

者存在显著差异,临床需在“有效解除梗阻”与“降低治疗损伤”间寻找最佳平衡^[2]。保守治疗作为非侵入性方案,已广泛应用于无绞窄性梗阻风险的老年患者,但不同梗阻类型

的病理生理机制不同,可能导致保守治疗效果存在差异。基于此,本研究选取我院2023年3月—2025年3月收治60例接受保守治疗的老年急性肠梗阻患者,按梗阻类型分为粘连性肠梗阻组与非粘连性肠梗阻组,通过对比两组临床结局,明确保守治疗对不同梗阻类型的适配性,为临床针对老年患者制定“个体化保守治疗策略”提供数据支持,避免因忽视梗阻类型差异导致的治疗不足或过度干预,进一步提升老年肠梗阻患者的治疗安全性与有效性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2023年3月—2025年3月收治的60例老年急性肠梗阻患者作为研究对象,按梗阻类型分为粘连性肠梗阻组(37例)与非粘连性肠梗阻组(23例)两组,其中粘连性肠梗阻组男20例,女17例;年龄62~85岁,平均(72.0±5.5)岁;合并基础疾病:高血压15例,糖尿病10例,慢性阻塞性肺疾病6例,无基础疾病6例;梗阻程度不完全性梗阻32例,完全性梗阻5例。非粘连性肠梗阻组男12例,女11例;年龄63~86岁,平均(73.2±5.7)岁;其中粪石性肠梗阻13例、肿瘤性肠梗阻10例;合并基础疾病:高血压8例,糖尿病6例,慢性阻塞性肺疾病5例,无基础疾病4例;梗阻程度:不完全性梗阻16例,完全性梗阻7例。两组患者在性别、年龄、基础疾病分布及梗阻程度等基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:①年龄≥60岁;②经腹部X线、CT检查确诊为急性肠梗阻;③无保守治疗禁忌证;④自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准:①绞窄性肠梗阻、肠穿孔或肠坏死;②严重肝肾功能衰竭、凝血功能障碍;③恶性肿瘤晚期;④对保守治疗所用药物过敏。

1.2 治疗方法

两组患者均采用统一的综合保守治疗方案,具体如下:①胃肠减压:经鼻插入14~16号胃管,连接持续负压吸引装置,引流胃内积液积气,每日记录引流量及性质,待肛门恢复排气、腹胀缓解后拔除胃管。②补液与电解质纠正:根据患者体重、呕吐量、胃肠减压引流量及尿量计算补液量(每日1500~2500ml),输注平衡盐溶液及5%葡萄糖注射液,同时监测血钾、血钠、血氯及血气分析指标,及时补充氯化钾、碳酸氢钠等,维持电解质及酸碱平衡。③抗感染治疗:静脉滴注第三代头孢类抗生素联合甲硝唑注射液(0.5g,每日2次),疗程5~7d;若患者存在感染加重迹象,根据药

敏试验结果调整抗生素。④营养支持:治疗初期给予肠外营养支持,待肛门恢复排气后,逐步过渡至肠内营养。⑤对症治疗:腹痛明显者给予山莨菪碱注射液10mg肌内注射;腹胀明显者行肛管排气或开塞露纳肛;恶心呕吐者给予甲氧氯普胺注射液10mg肌内注射。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗成功率:治疗72h后评估疗效,计算两组治疗成功率并比较。

1.3.2 症状缓解与恢复指标:记录两组患者腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、肛门恢复排气时间,以及住院时间。

1.3.3 并发症指标:统计两组治疗期间并发症发生情况,计算并发症发生率。

1.4 统计学处理

采用SPSS26.0统计学软件进行数据处理。计量资料以“均数±标准差”($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以“例数(百分比)”[$n(\%)$]表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗成功率及症状缓解恢复指标对比

治疗成功率可直接评估保守治疗72h内解除梗阻的有效性,而症状缓解与恢复指标更精准反映治疗效果。治疗成功率方面,观察组91.89%(34/37)高于对照组69.57%(16/23);症状缓解细化指标中,观察组腹痛视觉模拟评分(VAS)降至≤2分时间(1.80±0.60)d、腹胀程度达标时间(2.50±0.80)d,均短于对照组;恢复进程指标中,观察组首次肛门排气时间(3.50±1.00)d、首次排便时间(4.20±1.20)d、胃管拔除时间(3.80±1.10)d,均早于对照组;治疗效率指标中,观察组梗阻解除时间(36.50±8.20)h、显著短于对照组,且所有指标差异均具有统计学意义($P<0.05$),具体数据见表1。

2.2 两组患者并发症指标对比

并发症发生率是评估老年急性肠梗阻保守治疗安全性的核心维度。本研究结果显示,保守治疗期间,粘连性肠梗阻组与非粘连性肠梗阻组并发症差异显著。粘连性肠梗阻组仅1例轻度低钾血症,总发生率2.70%(1/37);非粘连性肠梗阻组($n=23$)有5例并发症,含2例电解质紊乱、2例感染加重、1例肠麻痹延长,总发生率21.74%(5/23),两组总并发症发生率比较差异有统计学意义($P<0.05$),具体数据见表2。

表1 两组患者治疗成功率及症状缓解恢复指标对比($\bar{x} \pm s$)

指标	粘连性肠梗阻组(n=37)	非粘连性肠梗阻组(n=23)	统计值	P值
治疗成功率[例(%)]				
治疗成功	34(91.89)	16(69.57)	$\chi^2=4.82$	0.03
治疗失败	3(8.11)	7(30.43)		

症状缓解				
腹痛 VAS 评分 \leq 2 分时间 (d)	1.80 \pm 0.60	2.70 \pm 0.90	t=4.15	0.01
腹胀缓解时间 (d)	2.50 \pm 0.80	3.60 \pm 1.10	t=4.02	0.01
恶心呕吐消失时间 (d)	1.20 \pm 0.50	2.10 \pm 0.70	t=5.03	0.01
恢复进程指标				
首次肛门排气时间 (d)	3.50 \pm 1.00	4.80 \pm 1.30	t=4.38	0.01
首次排便时间 (d)	4.20 \pm 1.20	5.50 \pm 1.50	t=3.86	0.01
胃管拔除时间 (d)	3.80 \pm 1.10	5.20 \pm 1.40	t=4.11	0.01
流质饮食耐受时间 (d)	4.50 \pm 1.30	6.00 \pm 1.60	t=3.98	0.01
治疗效率				
梗阻解除时间 (h)	36.50 \pm 8.20	50.20 \pm 9.80	t=5.67	0.01

注：腹痛 VAS 评分：0 分为无痛，10 分为剧痛。

表 2 两组患者细化并发症指标对比[例(%)]

指标	粘连性肠梗阻组 (n=37)	非粘连性肠梗阻组 (n=23)	统计值	P 值
电解质紊乱 (ED)	1 (2.70)	2 (8.70)	1.52	0.22
低钾血症 (Hypo-K)	1 (2.70)	1 (4.35)	0.12	0.73
低钠血症 (Hypo-Na)	0 (0.00)	1 (4.35)	1.03	0.31
感染加重	0 (0.00)	2 (8.70)	3.36	0.07
肺部感染	0 (0.00)	1 (4.35)	1.03	0.31
腹腔感染	0 (0.00)	1 (4.35)	1.03	0.31
肠麻痹延长	0 (0.00)	1 (4.35)	1.03	0.31
总并发症	1 (2.70)	5 (21.74)	5.12	0.02

注：肠麻痹延长判定标准：保守治疗 72h 后仍无肛门排气，腹部 X 线/CT 检查排除机械性梗阻加重，经胃肠动力药干预后症状缓解。

3 讨论

老年急性肠梗阻的治疗需在解除梗阻与降低机体损伤间寻找平衡，本研究通过对比不同梗阻类型老年患者接受保守治疗的结局，明确了保守治疗对特定梗阻类型的适配性与优势。

从核心疗效看，粘连性肠梗阻组治疗成功率 91.89% (34/37)，显著高于非粘连性肠梗阻组的 69.57% (16/23) ($P < 0.05$)，提示保守治疗效果与梗阻类型密切相关。这种差异源于病理机制不同，粘连性肠梗阻多由既往手术或炎症引发肠管纤维粘连，梗阻多为不完全性，肠管血运风险低，保守治疗中胃肠减压可引积液积气、补液能纠正电解质紊乱以恢复肠动力，从而高效解除梗阻；而非粘连性肠梗阻因粪石堵塞或肿瘤压迫，肠腔梗阻更顽固，保守治疗难快速去因，成功率降低，这与近年老年肠梗阻分型治疗研究结论一致^[1]。

保守治疗的突出优势体现在症状缓解与恢复效率。粘连性肠梗阻组腹痛 VAS 评分 \leq 2 分时间 (1.80 \pm 0.60) d、腹胀缓解时间 (2.50 \pm 0.80) d、首次肛门排气时间 (3.50 \pm 1.00)

d，分别较非粘连性组缩短 33.3%、30.6%、27.1%，梗阻解除时间(36.50 \pm 8.20)h 也显著短于非粘连性组(50.20 \pm 9.80)h (P 均 < 0.05)。这是因为粘连性肠梗阻肠管功能损伤轻，保守治疗的非侵入性措施可直接针对病理紊乱起效，避免粪石或肿瘤对肠管的持续刺激，更快推动肠功能恢复，契合老年患者耐受度低、需快速改善症状的需求。

安全性上，粘连性肠梗阻组并发症发生率 2.70% (1/37)，远低于非粘连性组的 21.74% (5/23) ($P < 0.05$)，且仅 1 例轻度低钾血症，无严重并发症。老年患者免疫与器官储备功能弱，非粘连性肠梗阻因梗阻持续久，肠管扩张易引发菌群移位，导致感染或肠麻痹延长；而粘连性组保守治疗周期短，并发症风险低^[4]。

综上所述，保守治疗对老年急性肠梗阻整体疗效可靠，在粘连性肠梗阻中效果更突出，能有效解除梗阻、缓解症状；非粘连性肠梗阻需加强监测。该研究为制定“梗阻类型导向的个体化保守治疗策略”提供支撑，对提升保守治疗应用价值、优化治疗精准性与安全性意义重大。

参考文献：

- [1]赵悦, 孙杨, 李畅, 等.老年急性肠梗阻的诊治进展[J].中国实验诊断学, 2024, 28 (12): 1502-1505.
- [2]吴兵, 黄鸿菲, 任斌.老年急性肠梗阻保守治疗与手术治疗研究进展[J].老年医学与保健, 2024, 30 (02): 560-564.
- [3]姚琼.急性肠梗阻患者保守治疗效果探讨[J].中国医药指南, 2024, 22 (35): 37-39.
- [4]梁力华.老年急性肠梗阻保守治疗与手术治疗对比[J].智慧健康, 2023, 9 (03): 108-111.